

MULTIMED 2018 (1)

ENERO-FEBRERO

ARTICULO ORIGINAL

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA
POLICLÍNICO DOCENTE FRANCISCA RIVERO AROCHA
MANZANILLO**Apreciación de la calidad de vida en el adulto mayor****Appreciation of quality of life in the elderly**

Ms. C. Long. Satisf. Sheila Virgen Pons Delgado,^I Lic. Enfer. Veneranda Elsa Delgado Labrada,^{II} Ms. C. Long. María del Pilar Oliva Magaña,^{III} Lic. ICT-B. Yanet María Tamayo Solís,^{III} Ms. C. Psicol. Salud. Juan Feliciano González Gacel.
IV

^I Policlínico Docente Asistencial Francisca Rivero Arocha. Manzanillo. Granma, Cuba.

^{II} Hospital Ginecobstétrico Fe del Valle Ramos. Manzanillo. Granma, Cuba

^{III} Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Manzanillo. Granma, Cuba

^{IV} Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Celia Sánchez Manduley. Manzanillo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal que permitió describir el comportamiento de la calidad de vida percibida por la población geriátrica del CMF 9 ubicado en el policlínico 1 Dra. Francisca Rivero Arocha, de Manzanillo, de septiembre 2016 a enero 2017. La muestra estuvo constituida por los 165 adultos mayores del área. El predominio de la baja calidad de vida en la población investigada, la calidad de vida percibida por los adultos mayores se relaciona con la edad y la escolaridad, de forma tal que en la medida en que se incrementa la edad la percepción de ésta es peor, mientras que existe una tendencia a percibir mejor calidad de vida con el incremento de la escolaridad y la alta percepción de salud emitida por la población objeto de estudio se

expresa de manera homogénea por sexos, y heterogénea por grupos de edades, estado conyugal y escolaridad, son algunos de los resultados más importantes. Consideramos necesario continuar el estudio de la calidad de vida en los adultos mayores, con la inclusión de la calidad de vida objetiva, como elemento previo a la realización de una estrategia de intervención, encaminada al mejoramiento de la calidad de vida de la población objeto de estudio.

Palabras clave: anciano, calidad de vida, geriatría.

ABSTRACT

A descriptive cross-sectional study was carried out that allowed to describe the behavior of the quality of life perceived by the geriatric population of CMF 9 located in the polyclinic 1 Dra. Francisca Rivero Arocha from Manzanillo, from September 2016 to January 2017. The sample consisted of the 165 older adults of the area. The predominance of low quality of life in the population investigated, the quality of life perceived by older adults is related to age and schooling, so that as the age increases the perception of it is worse, while there is a tendency to perceive better quality of life with the increase of schooling and the high perception of health emitted by the population under study is expressed in a homogeneous way by sex, and heterogeneous by age groups, marital status and schooling, are some of the most important results. We consider it is necessary to continue the study of the quality of life in the elderly, with the inclusion of objective quality of life, as an element prior to the realization of an intervention strategy, aimed at improving the quality of life of the target population.

Key words: aged, quality of life, geriatrics.

INTRODUCCIÓN

El estudio de los procesos de transición demográfica y epidemiológica ha cobrado interés en las últimas décadas, el cual es consecuencia de las variaciones que se han producido en la fecundidad y la mortalidad, las que han traído aparejado un incremento de la esperanza de vida al nacer, de alrededor de 20 años, por lo que los efectivos poblacionales se han desplazado hacia los grupos superiores.¹

Cuando analizamos las estadísticas de población podemos valorar cuán rápido se ha producido el envejecimiento en el mundo; el número total de adultos mayores, con 60 años y más, se duplicará en los próximos 50 años (de 606 millones en el 2000 hasta más

de 1,2 billones alrededor del 2050). Se observará un incremento rápido de la población anciana tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados. Mientras, la población total se incrementará desde alrededor de 6 billones en el 2000 a 9 billones en el 2050 (un 50 % de incremento), la población anciana en el mundo aumentará un 300 % en el mismo período; incremento que será de 400 % en los países en desarrollo.^{2,3}

La prioridad de la salud pública y los compromisos sociales con los adultos mayores debe comprender acciones orientadas a evitar la discapacidad prematura en la vejez y a prevenir y tratar adecuadamente las enfermedades crónicas en este grupo de edad. Se espera un aumento de la proporción de ancianos en la población general, en prácticamente todos los países del mundo. El envejecimiento poblacional puede compararse con una revolución silente que impactará en todos los aspectos de la sociedad. Resulta imperativo prepararse de la manera más apropiada para ello: las oportunidades y los retos son múltiples.⁴

En América latina y el Caribe la transición demográfica, de comienzo reciente, se caracteriza por su rapidez, en 1950 sólo el 5.4 % de la población tenía 60 años o más, en el 2002 se estimó un 8 %, mientras que para el 2025 se estima un 12.8 % de la población en este grupo y para el 2050 el 22 % de manera que en un siglo el porcentaje de adultos mayores se cuadruplicará.^{5,6}

La tendencia creciente de las discapacidades en la población senescente se ha destacado por gerontólogos, geriatras, investigadores sociales, decisores y otros; quienes enfatizan en la necesidad del abordaje de esta problemática desde diferentes aristas, pues ellas evidencian el deterioro de la calidad de vida objetiva de este segmento de la población, a través del incremento de la dependencia familiar y (o) social que afecta a los adultos mayores, con la consecuente problemática que ocasiona a la familia y a la sociedad.

Se planteó como problema científico: ¿cómo se comporta la calidad de vida percibida y sus dimensiones, de forma general y según variables en los adultos mayores?

Se determinó como objetivo describir el comportamiento de la calidad de vida en los adultos mayores del CMF 9 del policlínico 1 Dra. Francisca Rivero Arocha de Manzanillo desde septiembre 2016 a enero 2017.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal que nos permitió conocer el comportamiento de la calidad de vida percibida por la población geriátrica del CMF 9 del policlínico 1 Dra. Francisca Rivero Arocha de Manzanillo, desde septiembre 2016 a enero 2017, así como la contribución o importancia relativa de cada dimensión a la medición del concepto en la población estudiada.

El universo estuvo representado por los 165 adultos mayores con los que cuenta el consultorio, se diseñó una encuesta la cual fue de carácter individual, lo que permitió obtener las variables que se describieron en la investigación (sexo, edad, estado civil y nivel de escolaridad) y una vez que se obtuvo el previo consentimiento informado para llevar a cabo la investigación, fue aplicada por la autora principal.

Dentro de las técnicas aplicadas en el trabajo se utilizó la escala MGH que es un instrumento para la evaluación de la calidad de vida en la tercera edad. La aplicación de los instrumentos se realizó en el consultorio.

Se consideraron las variables calidad de vida con la escala de baja, cuando el sujeto obtuvo entre 34 y 110 puntos en el MGH; media, cuando obtuvo entre 111 y 118 puntos y alta, cuando obtuvo entre 119 y 136 puntos. El sexo se obtuvo según el sexo biológico (masculino y femenino).

La edad se consideró en años cumplidos al momento del estudio, los ancianos se clasificaron en los tres grupos previamente definidos (60 a 69, 70 a 79 y 80 y más). El estado civil se definió en dos categorías aquellos con pareja, si el sujeto estaba casado o en unión consensual y sin pareja. El nivel de escolaridad se clasificó en analfabeto, el anciano que no cursó estudios; primaria, al que obtuvo algún grado primario; secundaria, al anciano que obtuvo algún grado de secundaria básica; preuniversitario, al anciano que obtuvo algún grado de preuniversitario y universitario, al anciano que concluyó estudios universitarios.

La dimensión salud evaluó la percepción de la calidad de vida en baja, cuando el anciano obtuvo hasta 24 puntos en esta dimensión del MGH; media, cuando el anciano obtuvo

desde 25 hasta 27 puntos y alta, cuando el anciano obtuvo más de 27 puntos. La dimensión condiciones socioeconómicas se consideró baja cuando el anciano obtuvo hasta 5 puntos en esta dimensión del MGH; media, cuando el anciano obtuvo desde 6 hasta 9 puntos y alta, cuando el anciano obtuvo más de 9 puntos.

La dimensión satisfacción por la vida se consideró baja cuando obtuvo hasta 55 puntos en esta dimensión del MGH; media, cuando obtuvo desde 56 hasta 64 puntos y alta cuando obtuvo más de 64 puntos.

La escala MGH es un instrumento para la evaluación de la calidad de vida en la tercera edad, confeccionado y validado en Cuba por Álvarez, Bayarre y Quintero. Consta de 34 afirmaciones, las cuales al ser agrupadas miden la percepción de la salud, las condiciones socioeconómicas y la satisfacción por la vida.

Las categorías de respuestas posibles a los ítems son casi siempre, a menudo, algunas veces y casi nunca. Se designa a la misma un valor entre 1 y 4 puntos, corresponde el 1 a la significación negativa de la respuesta y el 4 a la significación positiva. De esta forma la escala de calificación de los ítems (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34) es como sigue: casi siempre: 4 puntos; a menudo: 3 puntos; algunas veces: 2 puntos y casi nunca: 1 punto. Mientras que esta escala se invierte para los ítems (6, 10, 11, 12, 20, 28) queda de la siguiente forma: casi siempre: 1 punto; a menudo: 2 puntos, algunas veces: 3 puntos y casi nunca: 4 puntos.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Se confeccionó una base de datos en la cual fueron procesados y sus resultados expresados en tablas, según las facilidades brindadas por programas como el Microsoft Word y Excel pertenecientes al paquete de Office 2007 de Windows XP.

Se realizó una descripción detallada de cada cuadro estadístico que permitió exponer los resultados, resaltar los datos de interés, así como realizar discusión y expresar el porqué de los resultados, llegando a conclusiones y recomendaciones. Los resultados se mostraron finalmente en tablas estadísticas para exponer los resultados que se expresan en números absolutos y porcentaje.

ASPECTOS ÉTICOS

Al inicio de la investigación se informó debidamente a los participantes sobre las

características de la investigación, el respeto a la información que brindaron y su privacidad; la beneficencia del estudio y se requirió su voluntad de participar en el mismo, la cual quedó plasmada por escrito (Consentimiento Informado).

RESULTADOS

La tabla 1 muestra la distribución de ancianos según niveles de la calidad de vida. Hubo un predominio de calidad de vida baja, con 112 (67.87 %), seguida por la calidad de vida media con un total de 45 (27.2 %), mientras que sólo un 8.0 % presentó calidad de vida alta.

Tabla 1. Distribución de ancianos según calidad de vida. CMF 9. Policlínico 1 Dra. Francisca Rivero Arocha. Manzanillo.

Calidad de vida	Número	Porcentaje
Baja	112	67,8
Media	45	27,2
Alta	8	4,8
Total	165	100

Fuente: Encuesta MGH.

La distribución de la calidad de vida por sexo se presenta en la tabla 2, en ella se aprecia un comportamiento similar, es decir, hay un predominio de calidad de vida baja, seguida por la media, que logran alcanzar en cada caso una frecuencia acumulada de 43.63 % y 56.37 %. Ello permite afirmar que los resultados del estudio no muestran evidencias para afirmar relación entre el sexo y la calidad de vida percibida.

Tabla 2. Distribución de ancianos según calidad de vida y sexo CMF 9. Policlínico 1 Dra. Francisca Rivero Arocha. Manzanillo.

Calidad de vida	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%
Baja	53	32.12	59	35.76
Media	16	9.70	29	17.58
Alta	3	1.81	5	3.03
Total	72	43.63	93	56.37

Fuente: Encuesta MGH.

La tabla 3 presenta la relación entre la calidad de vida y la edad, en ella se observa que, si bien para todos los grupos de edades en estudio hubo un predominio de la categoría baja, existen diferencias en las distribuciones, con tendencia a que la percepción de la calidad de vida sea peor en la medida que se incrementa la edad, y como se podrá observar el grupo etario de mayor predominio estuvo dado por el de 60 a 69 (47.81 %), seguido de este el de 70 a 79 (32.72 %).

Tabla 3. Distribución de ancianos según calidad de vida y grupos de edad CMF 9.
Policlínico 1 Dra. Francisca Rivero Arocha. Manzanillo.

Calidad de vida	Grupos de edad					
	60 – 69		70 - 79		80 y más	
	No.	%	No.	%	No.	%
Baja	59	35.7	36	21,8	17	10.3
Media	18	10.9	14	8.48	13	7.87
Alta	2	1.21	4	2.48	2	1.21
Total	79	47.81	54	32.72	32	19,38

Fuente: Encuesta MGH.

La relación que se presenta entre la calidad de vida y el estado civil se observa en la tabla 4. Existe una discreta mejoría de la calidad de vida baja en los ancianos con pareja quienes representaron un 82.9 % con respecto a los que pertenecen a la categoría sin pareja.

Tabla 4. Distribución de ancianos según calidad de vida y estado conyugal CMF 9.
Policlínico 1 Dra. Francisca Rivero Arocha. Manzanillo.

Calidad de vida	Estado civil			
	Con pareja		Sin pareja	
	No.	%	No.	%
Baja	97	58.7	15	9.09
Media	34	20.6	11	6.66

Alta	6	3.63	2	1.21
Total	137	82.9	28	16,96

Fuente: Encuesta MGH.

El comportamiento de las dimensiones de la calidad de vida se expone en la tabla 5. Se observa que para la dimensión salud y condiciones socioeconómicas predominó la categoría baja con valores de 52.12 %, 43.63 % y 67.87 %; respectivamente.

Tabla 5. Distribución de ancianos según dimensiones de la calidad de vida. CMF 9. Policlínico 1 Dra. Francisca Rivero Arocha. Manzanillo.

Dimensión	Resultados					
	Baja		Media		Alta	
	No.	%	No.	%	No.	%
Salud	86	52.12	55	33.33	44	26.66
Condiciones Socioeconómicas	72	43.63	58	35.15	35	21.21
Satisfacción por la Vida	112	67.87	42	25.45	11	6.66

Fuente: Encuesta MGH.

DISCUSIÓN

Los resultados se corresponden con los obtenidos por Fernández Martínez en la provincia Guantánamo, y por López Fernández en La Habana, en ambos estudios predomina la calidad de vida baja.

Los resultados obtenidos en esta investigación pudiesen estar relacionados con la crisis económica por la que ha atravesado el país durante más de 17 años, que si bien se encuentra en fase de resolución aún ejerce sus efectos negativos sobre la población cubana, con mayores consecuencias para los grupos más vulnerables, entre los que se incluye la tercera edad. Aunque vale aclarar los esfuerzos que ha desarrollado el gobierno provincial por favorecer a este segmento de la población con un conjunto de acciones encaminadas a tal fin, entre las que se incluye fomentar la creación de casa de abuelos con una por municipio y en algunos territorios hoy la meta es tener una casa de abuelos

por consejo popular, el fortalecimiento del movimiento de los círculos de abuelos, el desarrollo de los Geroclubs en los joven club de computación y electrónica, la aparición y capacitación de cuidadoras de ancianos, la universidad del adulto mayor, unido a medidas nacionales, como la elevación de pensiones y jubilaciones y la atención integral del adulto mayor a nivel comunitario a través del Emag.

Resultados muy similares encuentra Fernández y López, ^{7,8} para las que la calidad de vida según sexo tuvo un comportamiento homogéneo. Los autores no emiten ningún juicio en relación con este resultado. En nuestro caso consideramos que, probablemente la política seguida por la revolución cubana desde sus inicios, que favorece la equidad entre los sexos, pudiese estar relacionada con el resultado alcanzado.

Este resultado similar se observa en la investigación de Fernández, ⁷ donde se observa un incremento de la categoría baja de la calidad cuando en la investigación realizada por López Fernández donde los ancianos que se encontraban en el rango de 60 años a 74 años se enmarcaron con una calidad de vida más baja que los de 80 años y más. El Dr. Julio C. Guerrero Pupo, ⁹ plantea en su investigación los ancianos en el mismo rango de edad planteado por López Fernández, mantienen la misma categoría de una calidad de vida baja.

Varios estudios han señalado que la edad dentro de los mismos adultos mayores marca condiciones diferentes. A medida que la población envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades crónicas e incapacitantes, unido a la incapacidad y la restricción de actividades que afecta la autonomía del anciano, (constructo descriptor de la salud del anciano) y esto afecta la percepción de su calidad de vida.

En una investigación realizada por la Dra. Sonia Díaz Fernández ¹⁰ demostró que existe predominio de los ancianos de entre 65 y 70 años, los cuales alcanzan el 50 % con una calidad de vida baja.

Estos resultados se corresponden con los encontrados por Fernández donde los ancianos con pareja tuvieron mejores resultados de calidad de vida que los que carecen de pareja, por otra parte, López, ⁸ cuando combinó en su investigación calidad de vida y estado marital no encontró relación significativa.

Compartimos el criterio expresado en la literatura revisada, donde se plantea que la

relación de pareja estrecha los lazos afectivos entre ambos miembros, tanto para realizar tareas domésticas como para buscar compañía, lo que constituye una verdadera fuente de apoyo a las personas de la tercera edad. Aparentemente los ancianos que aún se encuentran en pareja mantienen relaciones de apoyo que hace de su vida más placentera y llevadera, se ayudan desde el punto de vista espiritual, afectivo. Cuando por alguna razón ocurre la pérdida de la pareja, pudieran aparecer en el anciano sentimientos de soledad que puedan provocar estados de depresión, tristeza, duelo y otros, que pueden afectar la percepción de su calidad de vida.

CONCLUSIONES

La calidad de vida percibida por los adultos mayores de la población investigada se relaciona con la edad y la escolaridad, de forma tal que en la medida en que se incrementa la edad la percepción de ésta disminuye, mientras que existe una tendencia a percibir mejor calidad de vida con el incremento de la escolaridad.

La dimensión salud constituyó la dimensión que más contribuyó a la medición de la calidad de vida percibida en la investigación realizada, seguida por la condición socioeconómica, con escasa contribución de la satisfacción por la vida, lo cual debe ser tomado en consideración para la realización de una estrategia que incremente la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bayarre Vea HD. Prevalencia y factores de riesgo de discapacidad en ancianos [tesis doctoral] [Internet]. La Habana: ENSAP; 2003 [citado 01 Mar 2017]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/prevalencia_y_factores_de_riesgo.pdf.
2. Johnson ML, ed. The Cambridge handbook of Age and Ageing [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2005 [citado 01 Mar 2017]. Disponible en: http://assets.cambridge.org/97805218/26327/frontmatter/9780521826327_frontmatter.pdf.
3. Fong JA, Bueno Hechavarría J. Geriatria: ¿Es desarrollo o una necesidad? MEDISAN [Internet]. 2002 [citado 01 Mar 2017]; 6(1): 69-75. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_1_02/san11102.pdf.

4. Hernández Castellón R. El envejecimiento de la población en Cuba. La Habana: Centro de Estudios Demográficos; 1997.
5. United Nations. World Populations Ageing [Internet]. New York: Department of Economic and Social Affairs Population Division; 2013 [citado 01 Mar 2017]. Disponible en:
<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>.
6. Organización Panamericana de Salud. Situación de Salud en las Américas - Indicadores Básicos 2016 [Internet]. Washington: OPS; 2016. Disponible en:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31288/IndicadoresBasicos2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
7. Fernández Martínez E. Calidad de vida percibida en ancianos del policlínico "4 de Abril". Primer trimestre 1998 [tesis]. La Habana: ENSAP; 1998.
8. López Fernández R. Determinación de la calidad de vida en ancianos residentes en la comunidad del policlínico 19 de Abril. Municipio Plaza [tesis]. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana; 2005.
9. Guerrero Pupo JC, Rodríguez Fernández G, Ramírez Pérez E, Leyva Ruiz M, Rodríguez Rodríguez G. E valuación de aspectos biopsicosociales en el adulto mayor, enero-noviembre, 2003. Holguín. CCM [Internet]. 2004 [citado 01 Mar 2017]; 8(3). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no83/n83ori2.htm>.
10. Díaz Fernández S, Camejo Pérez YM, Díaz Fernández BC. Programa de intervención educativa para promover conductas asertivas en el adulto mayor. MEDICIEGO [Internet]. 2012 [citado 01 Mar 2017]; 18(2). Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2012/mdc122h.pdf>.

Recibido: 11 de noviembre de 2017.

Aceptado: 19 de diciembre de 2017.

Sheila Virgen Pons Delgado. Policlínico Universitario Francisca Rivero Arocha. Manzanillo.
Granma, Cuba. Email: sheilapons@infomed.sld.cu